

(あて先) 山県市長 様

保育園名	〇〇保育園
児童名	山県さくら

家庭状況証明書(就労以外)

父親・**母親**・祖父・祖母・その他() (いずれかを○で囲んでください。) 氏名 **山県花子**

◎働いていない場合

E 出産(予定日も含む) **令和2年 5月 1日**
 ※母子手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付

F 障害等 (身体障害者・療育・精神障害者保健福祉)手帳 _____ 級

G 病気
 通院 _____ 年 _____ 月 _____ 日より元迄
 病名 _____ 病院 _____
 続柄 _____
 月 _____ 箇月
 月 _____ 箇月

H 介護・看護 入院 在宅 その他
 付添時間 週 _____ 回 1日 _____ 時間 付添場所 _____
 対象者氏名 _____ 児童との続柄 _____

I その他 (求職活動・在学中・災害復旧活動)
 ※ハローワークの証明書、在学証明書又は災害の内容がわかる証明書を添付してください。

手帳等の写し貼付のりしろ

E~Iの該当する箇所にチェックし、必要事項を記入してください。

※病気・看護の場合は医師の証明を受けてください。

診断書	
患者氏名	_____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所	_____
病名	_____
加療見込期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
加療の方法	・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院 ・その他
疾病の程度	・絶対安静 ・常時看護人必要 乳幼児保育不可能
上記のとおり診断します	_____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関の名称	_____
住所	_____
医師氏名	_____

上記でG病気または、H介護・看護の場合は、保育が不可能である旨、医師の証明を受けたものを提出してください。

印